

問 診 票

おなまえ (才)

1) どうされましたか？

① 場所 (図に○印をつけてください)

② 症状は？

・痛み ・はれ ・しびれ ・出血

・その他 ()

③ その症状はいつごろからですか？

年 月 日ごろから

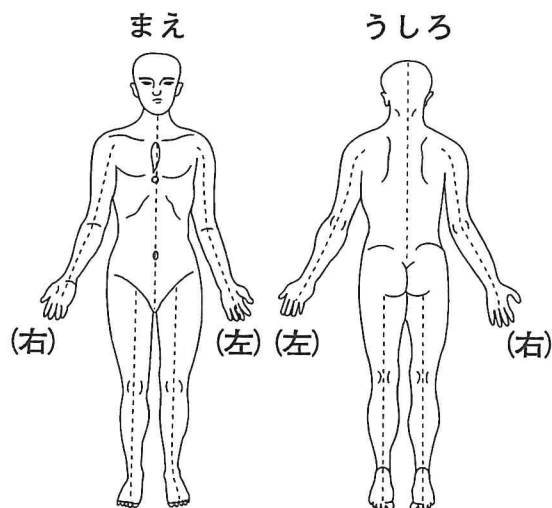
④ きっかけはありますか？

年 月 日

・転倒 ・打撲 ・重い物を持った

・特にきっかけなし ・その他 ()

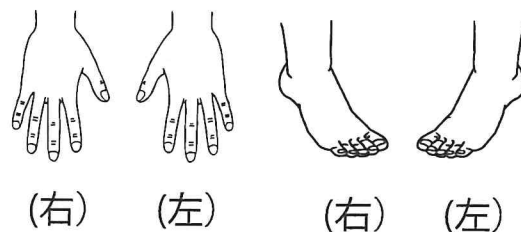
・スポーツ ・交通事故 ・仕事中



2) その病気、けがで他の病院、診療所などを 受診されましたか？ (はい ・ いいえ)

受診日: 年 月 日

病院名: ()



3) 今まで薬や注射で体調が悪くなったことがありますか？ (あった ・ なかった)

何のお薬でしたか？ ()

4) 手術を受けたことがありますか？ (ない ・ 当院で受けた ・ 他院で受けた)

5) 現在、又は今までに以下の病気にかかった事がありますか？ (はい ・ いいえ)

・肝炎 ・糖尿病 ・高血圧 ・関節リウマチ ・結核 ・喘息 ・がん ・先天性疾患

・その他 ()

6) 女性のかたに

妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ)

7) 介護保険の要介護認定を受けていますか？ (はい ・ いいえ)

要介護度 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 要支援 (1 ・ 2)

★当院をどちらでお知りになりましたか？ 番号に○をつけて下さい。

1. 家族の紹介
2. 知人からの紹介
3. 他の機関からの紹介
4. 近所・通りがかり
5. 駅看板
6. 電車・バスのアナウンス
7. 当院のホームページ(携帯)
8. 当院のホームページ(パソコン)
9. その他の医療機関まとめサイト
10. 地域誌
11. その他 ()

★診療についてご希望がありましたら記入してください。

()

診療は、医師の診断のもとに行います。ご希望に添えない場合は、ご了承ください。